

肝性脑病患者留置尿管分叉口撕裂后脱管护理体会

柳欣瑶 何美华 彭娟 琚婷婷
(四川省科学城医院 四川绵阳 621900)

摘要: 肝性脑病 (hepatic encephalopathy, HE) 又称肝性昏迷, 系严重肝病而引起。本病主要是以意识障碍为主的中枢神经功能紊乱, 有急性与慢性脑病之分, 前者多因急性肝功能衰竭后肝脏的解毒功能发生严重障碍所致; 而后者多见于慢性肝功能衰竭和门体侧支循环形成或分流术后, 来自肠道的有害物质, 如氨、硫醇、胺、芳香族氨基酸等直接进入体循环至脑部而发病。其主要临床表现是意识障碍、行为失常和昏迷。因此对于这一类患者的护理需要从多个方面去进行, 而本文主要针对个别患者由于意识不清, 在留置尿管不慎分叉口撕裂导致脱管这一现象的护理进行有效分析。

关键词: 肝性脑病患者; 脱管护理; 分析

1 病例介绍

患者, 男, 61岁, 患有肝性脑病, 2021年10月29日入我院—2021年11月8日出院。诊断: 1.肝性脑病 2.肝硬化失代偿 TIPS术后。因“发现肝硬化14年, 伴昏迷5小时。”入院, 平车推入病房, 浅昏迷状态, 呼之有睁眼反射。消瘦体形, 浅昏迷状态, 呼之有睁眼反射, 对光反射迟钝, 皮肤巩膜黄染, 腹部膨隆, 生命体征: T36.5℃, p76次/分, R18次/分, BP114/62mmHg。

现病史: 入院前13年, 患者因健康体检发现“肝硬化”。14年前因“门静脉高压及反复大量胸腹腔积液”于某医院行“TIPS手术治疗”, 后患者因“肝性脑病”在我院多次住院治疗, 半月前患者出现尿少、下肢肿胀。患者近半月大便正常, 小便量少(具体量不详), 体重较前增加(具体不详)。目前给予内科病人一般护理常规; 一级护理; 暂禁食; 持续心电图监护及血氧饱和度监测; 吸氧 prn; 测体重、腹围 qd; 留置导尿; 书面告知病重; 精氨酸注射液 10g 静滴 st+ 门冬氨酸鸟氨酸颗粒 3g tid 口服降低血氨; 3AA 氨基酸 250ml 静滴 qd 补充支链氨基酸; 乳果糖 15ml bid 通便降血氨; 完善三大常规、肝肾功能、电解质、葡萄糖、血脂、CRP、血氨、凝血功能等检查

既往史: 有“高血压”病史20年, 血压最高“170/110mmHg”, 曾服用降压药物, 已停用降压药10年, 自诉平素监测血压正常。否认伤寒、疟疾、肝炎、结核等传染病史; 预防接种史不详; 否认外伤及既往输血史; 否认药物、食物过敏史。护理评估: 1.跌倒风险评估量表: 高风险。2.静脉血栓: 高风险。3.压力性损伤风险评估: 高风险。4.自理能力: 重度依赖。

2 临床观察

2.1 肝性脑病早期^[2]

大多数肝性脑病患者, 最早出现的是性格改变。

表现为精神兴奋或淡漠。其次是行为改变, 早期只限于一些“不拘小节”的行为, 如乱扔纸屑, 随地便溺, 穿衣摸床等无意识的动作。甚至完全昏迷均可出现。护士在巡视时, 发现患者出现异常时, 应考虑肝性脑病的可能, 及时通知医生。

2.2 昏迷前期

患者智能发生改变, 表现为对时间和空间概念不清, 人物概念模糊, 吐词不清, 颠三倒四, 书写困难, 对简单计数不能做出正确的回答或回答缓慢, 常答非所问, 大声喊叫, 烦躁不安。

2.3 昏迷期

神志完全丧失, 不能唤醒。浅昏迷时, 对疼痛刺激和不适体位尚有反应; 深昏迷时瞳孔散大, 各种反射消失。

3 留置尿管常见并发症

留置尿管是一种为气囊导尿管, 将导尿管插入膀胱后, 置入膀胱尿管远端的气囊里充气或充水, 气囊尿管因内固定效果好, 刺激小, 而广泛应用于临床; 另一种为普通导尿管^[3]。

3.1 尿道损伤

由于反复插管, 盲目注水以及病人自行拔管导致的尿道损伤。

为此, 拔管前应询问病人是否有前列腺方面的疾病, 若有则应做好膀胱训练, 定期关闭尿管, 等病人有尿意时打开开关排尿。对留置尿管的病人及家属讲解尿管的结构、留置导尿的目的及注意事项, 特别要嘱患者不能随意拔管, 否则可能因不了解其结构而强行拔管损伤尿道。

3.2 尿道狭窄

因为长期留置导尿管引起的尿路感染, 严重时形成炎性肉芽肿, 继而形成瘢痕性尿道狭窄。这就要求插尿管时严格遵循无菌操作, 选择合适的型号的尿管以及检查尿管的质量。比如检查导尿管表面是否完好, 同时向气囊内注入无菌、无杂质的生理盐水, 检查气囊的大小、囊壁的厚薄、是否均匀、漏水、气囊内生理盐水能否抽出, 若不能抽出则会导致拔管困难^[4-5]。

3.3 尿路感染

发生的原因有留置导尿管的管理不够严密, 导尿时没有严格执行无菌操作、反复插管导致前列腺窝感染、留置尿管的时间太长。

3.4 拔管困难

主要因尿管质量问题, 或操作者在导尿前未详细检查或注入气囊内生理盐水含杂质阻塞管腔所致。

3.5 尿路结石

长期置管后饮水减少, 尿液理化性质改变, 尿比重增大, 其中的有机物沉积于尿管表面, 随后析出一层草酸钙(盐)。这一类病人拔管时由于结晶粘附在尿管与尿道上, 表情会特别痛苦, 甚至会发出痛苦的叫声。

4.患者尿管Y型分叉口撕开因素

4.1 没有看护好患者

对于患者将尿管撕开的主要因素之一就是护理人员未看护好患者, 或者未及时发现患者的这一行为, 最终导致水囊的漏出, 尿管的破裂, 因此对于这一现象, 护理人员需要多加关注, 对于患者要给予充分的护理, 多巡视病房。

4.2 患者缺乏相关知识

对于患者来说, 对于尿管相关知识并不了解, 因此有可能不慎将尿管撕裂, 对于这一行为, 护理人员需要定期给患者讲解相关的留置尿管的知识, 让患者能够注重这一方面的维护。

4.3 患者疾病因素

对于患者而言, 首先, 大多数患者在住院期间, 心理因素多少都会受到影响, 并且由于患者在肝昏迷前期, 精神心里因素受到一定的影响因此, 对于这一行为, 患者有可能是故意为之, 所以护理人员需要给加强患者的心理, 让患者可以坦然面对自己的病情, 以乐观的心态去看待。其次, 健康宣教效果不佳: 老式宣教模式口头宣教, 讲完容易忘记, 宣教力度不够导致导管出现撕裂。最后, 由于患者的指甲长时间没有修剪, 所以造成不小心撕裂。

5 护理体会

5.1 分叉口撕开原因: 因为肝性脑病患者有精神行为异常的情

况,而这例肝性脑病因为病情需要而留置尿管的患者,就是意识不清楚时将留置尿管"Y"型分叉口处撕开,导致尿管滑脱的不良事件。经过开护士会头脑风暴,查找"Y"型分叉口撕开原因:①疾病因素:肝昏迷前期,精神心里因素的影响。②健康宣教效果不佳:老式宣教模式口头宣教。③外力因素:患者指甲过长...④没有"Y"型分叉口固定装置。

5.2 应对措施

5.2.1 做好健康教育,增加护患沟通

尤其是对长期卧床患者,根据病情指导患者及家属适当床上被动/主动运动,多喝白开水/保证静脉补液量,根据病情每日饮水 1000 至 1500ml,以便能更好地冲洗尿道,并做好尿道的护理。

5.2.2 规范护理操作,加强心理护理

①护士在特殊患者床头卡上使用黄色笑脸标识,重点关注,减轻患者及家属心理压力。标识护理人员会引起重视,但不会让患者和家属觉得有歧视。②除口头宣教外制定健康宣教处方、健康宣教视频,让患者和家属更直观了解这类患者留置尿管时的注意事项。③不能使尿管受向外的拉力,在脱衣、翻身时都应注意动作轻柔,和缓,幅度小。责任护士每班检查患者“三短”情况,并收纳好利器,避免物理损伤尿道。④科室头脑风暴,制作尿管"Y"型分叉口固定装置,特殊患者不能将分叉口再撕开导致尿管滑脱。已发表实用新型专利并转化为实物周边医院推广使用。⑤做好二次固定,注意保持阴茎和阴部的清洁,尽量避免出汗,保持局部干燥即可,不宜进行清洗,以免二次固定胶布松动。

5.2.3 改善尿管拔除法,在膀胱盈余时,抽尽气囊内液体,再向空瘪气囊注入 2ml 抽出的液体,将注入的液体反复回抽注入 2 次,令液体均匀分布在气囊内,最后向原来完全憋陷的气囊注入 6ml 抽出的液体,使气囊稍微充盈与尿管直径一致,保持气囊乳胶平整光滑,柔软度适中状态,不致形成皱褶,以减少对尿道粘膜的机械性刺激,有效缓解传统拔管法引起的不适。临床上使用气囊导尿管已非常广泛,做好健康教育,增加护患沟通,规范护理操作护理以及运用改良尿道拔除法能有效地减轻和消除传统尿管拔除法引起的尿道损伤,值得推广和应用。

5.3 改良尿管固定法

(1) 固定于床沿

主要方法:尿道常规置入双腔气囊导尿管 4~6cm,见尿后再插入 5~10cm,气囊注入 12~15 mL 灭菌注射用水后轻拉尿管。在耻骨联合处的导管接引流袋,将引流袋利用挂钩系带固定于床沿。

优势:该固定方式操作简单、价格低廉,同时适用范围广泛。引流袋可从男性大腿上穿过,然后通过安全别针固定;女性可从大腿下方穿过固定。在固定处、皮肤接触处的导管需留有适当长度,保证不会扭曲、弯折的同时,也不会阻碍患者正常翻身等活动。

弊端:介于个体差异,位置变换幅度不一,导尿管预留的合适长度难以把握,限制了床上正常活动。加之患者担心别针开口对皮肤伤害,以及导尿管的脱落等,增加了患者心理负担。当安全型别针开口刺伤床单被褥时,也增加了医疗支出。

(2) 固定于大腿内侧

主要方法:常规插管、内固定,将保留导尿管,在大腿内侧上 1/3 处固定,引流管固定与大腿下方。改良固定法:首先利用 3M 弹性加压胶带,以及 3M 透明敷料、寸带等系列工具,自制固定装置。然后在加压胶带中间,剪裁两处小孔,将寸带穿入孔内,将其整体(3M 弹性加卡胶带)与透明敷料米粉则贴,其次固定米粉则在质人大眼内侧。最后利用寸带律在导尿管 z 减

张柳燕等对 100 例 CCU 住院的留置尿管患者,分别采取传统方法固定于大腿内侧,以及改良外固定法固定尿管方式,结果显示:

改良组在尿管脱出率、漏尿、皮肤压痕、舒适度方面明显优于对照组,且组间有统计学差异。

优势:该方法主要采取胶布固定,在安全性上优于安全型别针。为方便患者床上翻身等活动,需滞留适当长度引流管。

弊端:该固定方法忽视了患者隐私问题,如患者穿裤阻碍等。另外受到大腿、裤腰的压迫,以及造成引流管不畅,也增加了患者活动不舒适感。同时受翻身、下床活动等牵扯,易刺激尿道。女性受阴道分泌物等因素影响,极易增加尿路感染等并发症发生率。弹性加压胶带也易出现下肢静脉曲张,以及肺栓塞等问题。

(3) 改良腹部固定方式

主要方法:常规插管、内固定,利用棉质寸带在患者腹部缠绕,在髂嵴前端打死结,松紧可容两指插入。在打结处利用寸带活节固定尿袋、尿管连接处,将尿袋置于床沿。间隔 24h 翻身解寸带,密切观察皮肤状况。

优势:导管 Y 型端沿腹沟在前腹侧固定,使患者活动不受限制,避免了尿道内导管移动、尿道刺激,以及分泌物感染等问题。通过寸带固定,规避了尿管脱落、尿袋重力牵扯,以及患者非计划性拔管问题出现。

弊端:尿袋重力拉扯易使尿管 Y 处折叠。寸带松紧调试不当会压迫皮肤,对此需加强皮肤观察。

5.4 应用留置尿管 Y 型分叉口保护固定器

将医院常用的双腔留置尿管的头端经尿道口、尿道、膀胱将尿液引流出来,双腔留置尿管 Y 型分叉口在患者躁动不安、依从性较差的时候容易撕裂,导尿后,医护人员使用 Y 型分叉口保护固定器,把固定器的上盖和下盖分开,将留置尿管 Y 型分叉口放在固定器中,再合上上下盖,并用螺丝固定,起到保护 Y 型分叉口的作用,降低拔管率。

5.5 监护室护理

对意识不清的患者进行一般生命体征监护,严格做好护理记录;凡有 ECG,心导管,上呼吸机,气管切开等特殊监护时,要按各常规护理;置尿管应保留开放,记录每 2 小时尿量,24 小时出入平衡;每日按常规做好晨晚间护理及呼吸治疗,4 个小时翻身使病人卧位舒适,严防褥疮;护理人员可按照医生嘱咐,指导患者进行科学、合理的卧床静养。若患者有下肢肿胀情况,则应在其受压处垫气垫床,同时抬高其下肢,以及指导并协助患者每日进行翻身活动,每隔 2h 进行;所有表格书写要清晰,描写正确,登记及时;保持各管道通畅,静脉输液按每小时入量均匀输入,凡用药物必须遵照医嘱,特殊药物剂量,浓度要精确计算,必须经过另一人核对;交接班要认真无误;倘若患者有一定程度的腹水积压,护理人员则应为患者取半卧位,以便保持患者呼吸顺畅;另外,在帮助患者进行清洁时,应把控好水温的温度,避免因温度过高烫伤患者,并且注意使用的清洁物品不能含有刺激性;完成清洁操作后,为患者使用柔和度高的润肤用品。

参考文献

- [1]梁晶. 预见性护理干预对肝硬化肝性脑病患者并发症发生率及预后的影响[J]. 中国医药指南, 2022(2): 155-157.
- [2]王玲玲. 优质护理对肝性脑病患者护理效果的影响[J]. 中国医药指南, 2022(7): 144-147.
- [3]李蓉. 人性化护理模式融入肝性脑病护理中的效果分析[J]. 东方药膳, 2021(22): 142-143.
- [4]伍鑫. 预见性护理指引在早期肝性脑病护理中的应用分析[J]. 自我保健, 2021(2): 153-154.
- [5]张增伟, 苏南南. 优质护理在早期肝性脑病患者中的效果及满意度和护理质量观察[J]. 母婴世界, 2021(3): 246.